	SUBDIRECCION DE BIENES Y SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL SOLICITUD SEGURIDAD Y CONTROL Código: SDS-BYS-FT-052 V.04	Elaborado por: Adriana Hidalgo Ballesteros Revisado por: Oscar Ramiro Reyes Muñoz Aprobado por: Carlos Fernando Meza Solís	

Nombre del Supervisor Contrato y/o jefe inmediato	
Dependencia Solicitante:	
Numero de extensión solicitante:	
Solicitud: carné y/o permiso vehicular	
Solicitud y/o Actualización datos	

Información Personal

Nombres: ____

Apellidos: ____

No. C:C:__________________

Dir. Residencia:____

Numero Celular:_____________________

Placa Vehículo: ______________________

Marca:____________________ Modelo: ______________________________________

Color: ______________________

Dir. Residencia: ____

Información Laboral.

Modalidad de Vinculación:

Planta:_________ Cargo: ______________________________________

Resolución No._________________

Contratista:_______ Contrato No. _____________________________

Fecha de Inicio: _______________________

Fecha de Terminación: _________________

Direcciony/o Oficina: ____

Revisión por deterioro:____ Activación:_____ Reporte por Perdida: ______

Dirija este correo a: segcontrl@saludcapital.gov.co.

Como responsable de la presente solicitud y/o supervisor me comprometo a solicitar al servidor público y/o contratista la devolución del carnet institucional y/o tarjeta de acceso, cuando termine la vinculación con la Secretaría Distrital de Salud.

Atentamente,

_______________________________ ____

Servidor Publico y/o Contratista Supervisor contrato y/o Jefe inmediato